

Die soziale Funktion von „Therapieresistenz“

Abstrakte Handlungskoordination bei schwerwiegenden Depressionen

Moritz von Stetten

Beitrag zur Ad-Hoc-Gruppe »Komplexe Dynamiken zwischen Medizin und Alltagswelt. Sozialer Wandel im Spannungsfeld zwischen der Institutionalisierung medizinischer Innovationen und ihrer individuellen Übersetzung in Alltagserfahrungen«

Einleitung

Der Begriff der Therapieresistenz wird in den 1970er Jahren erstmals in psychiatrische Fachkreise eingeführt und hat vor allem in den letzten zwei Jahrzehnten eine immer größere Bedeutung für die klinische Praxis bekommen (Bauer, Berghöfer 1997; Freyhan 1974; Ruhé et al. 2012). Er beschreibt dabei die Situation, dass für eine diagnostizierte Erkrankung eine festgelegte Anzahl bestimmter Behandlungsmethoden nicht zu einer signifikanten Verbesserung oder gar Heilung geführt hat. Bis heute bleiben dabei aber sowohl die Definition als auch medizinische Relevanz des Begriffs hochumstritten. Das lässt sich zunächst mit dessen medizinischer Vagheit erklären. Eine Therapieresistenz beschreibt keinen Tatbestand im Sinne einer evidenzbasierten Medizin, sondern zieht eine Grenze im Behandlungsprozess, die auf Erfahrungswerten mit den Patient/innen beruht. Therapieresistenz ist keine medizinische Diagnose, sondern ein therapeutischer Erfahrungsbegriff, der sich aus dem Umgang mit Patient/innen ergibt.

Diese vermeintlich widersprüchliche Situation – die weite Verbreitung eines medizinischen Begriffs bei gleichzeitiger Unbestimmtheit – ist keine Seltenheit abstrakter Klassifikationen in medizinischen Kontexten. Vielmehr bedarf der Begriff der Therapieresistenz wie viele andere Konzepte einer gewissen Unschärfe, um sowohl erfolgreiche als auch gescheiterte Therapien in einem Modell unterzubringen, das gleichzeitig die Möglichkeit von Heilung weiter offenhält. In diesem Sinne beschreibt der Begriff der Therapieresistenz auch nicht die Unmöglichkeit, dass einer Person durch weitere oder andere Therapien geholfen werden kann. Vielmehr bezieht er sich auf den Umstand, dass bestimmte Therapien keine Verbesserung gebracht haben, und daher der Einsatz anderer und weiterer Therapien angemessen und legitim ist. Der Begriff der Therapieresistenz zieht die Grenze zwischen zwei verschiedenen Phasen einer Therapie, die mittlerweile in einem Stufenmodell angeordnet werden können: erst wenn bestimmte Therapien gescheitert sind, ist die Verwendung anderer Therapien gerechtfertigt (Ruhé et al. 2012).

Im Folgenden beschäftige ich mich mit dem Konzept der Therapieresistenz im Kontext der psychiatrischen Klassifikation, Diagnose und Behandlung von schwerwiegenden Depressionen. Dabei steht die Frage im Vordergrund, welche soziale und gesellschaftliche Funktion das Konzept für den psychiatrischen Umgang mit Depressionen hat. In einem ersten Schritt rekonstruiere ich den Entstehungskontext und die zentralen Merkmale des Konzepts der Therapieresistenz im Zusammenhang mit der Behandlung schwerwiegender Depressionen. Zweitens gehe ich auf die leibphänomenologische und gesellschaftstheoretische Ausrichtung meiner Perspektive ein. Drittens stelle ich vier Dimensionen abstrakter Handlungskoordination vor, die mit dem Konzept der Therapieresistenz einhergehen.

Zum Konzept der Therapieresistenz

Im Jahr 1958 wurde das erste Antidepressivum Imipramin auf dem Markt zugelassen. Seitdem besteht in der medizinisch orientierten Psychiatrie die Hoffnung, dass selbst schwerwiegende Formen von Depressionen mit Medikamenten erfolgreich behandelt werden können. Gleichzeitig stagniert die Erfolgsrate medikamentöser Behandlungen seit Jahrzehnten unverändert bei etwa 70 Prozent. Ein knappes Drittel der Patient/innen mit diagnostizierter Depression erfahren selbst nach mehreren medikamentösen Therapien keine Verbesserung ihrer Situation. Bei ihnen stößt die medikamentöse Behandlung von Depressionen konstant an ihre Grenzen (Küchenhoff 2017).

Seit den 1970er Jahren wird aus diesem Grund in psychiatrischen Kreisen eine Definition sogenannter therapieresistenter Depressionen bemüht, die diese Situation besser zu beschreiben versucht. Im Jahr 1974 stellt die 1961 gegründete *World Psychiatric Association* eine erste Definition vor: demnach gehe es um „ein fehlendes Ansprechen auf die Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum in einer Dosierung von mindestens 150 mg pro Tag über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen“ (Nickel 2003, S.69). In dieser ersten Definition wird folglich von einer therapieresistenten Depression ausgegangen, insofern ein einziges Antidepressivum nach einigen Wochen keine Verbesserung der Situation der Patient/in ermöglicht.

Nach dem Aufkommen von nicht-trizyklischen Antidepressiva der zweiten und dritten Generation wurde diese Definition nach und nach angepasst. Heute hat sich die Formel etabliert, dass ein/e Patient/in zwei medikamentöse Therapien mit Antidepressiva aus zwei unterschiedlichen Substanzklassen durchlaufen haben muss, die jeweils nach vier bis acht Wochen keine Verbesserung im Sinne einer erkennbaren Remission – also eines vollständigen Rückgangs aller Symptome – ermöglichen.

Mehrere Besonderheiten können an dieser Stelle im Hinblick auf die Feststellung einer Therapieresistenz hervorgehoben werden (Bauer, Berghöfer 1997; Messer, Schmauß 2009; Souery et al. 1999; Trevino et al. 2014). Erstens bezeichnet die Therapieresistenz ausschließlich das Nichtansprechen von Patient/innen auf eine pharmakologische Behandlung. Der Begriff der Therapieresistenz spielt in gesprächstherapeutischen Kontexten keine Rolle. Zweitens sind sowohl die Dosierung als auch Dauer der beiden notwendigen pharmakologischen Behandlungen nicht klar festgelegt. In der klinischen Praxis schwankt die Anwendungszeit zwischen vier und acht Wochen mit teilweise stark abweichender Dosierungsempfehlung. Drittens ist nicht klar festgelegt, welche inhaltlichen Merkmale mit den Begriffen „Response“, „Remission“ und „Heilung“ einhergehen. In manchen Kontexten wird eine 50-prozentige Verbesserung der Symptome als hinreichender Hinweis für die Wirksamkeit eines Medikaments interpretiert. Andere verlangen eine Remission, also einen 100-prozentigen Rückgang der Symptome.

Viertens beruht die Feststellung von Therapieresistenz, Remission oder Heilung auf dem Einsatz von standardisierten Depressionsskalen, die über die Auswertung eines Punktesystems organisiert sind. Die Übersetzung von Diagnosen aus den Gesprächen zwischen Ärzt/in und Patient/in in diese Skalen ist jedoch selbst nicht klar definiert. Es gibt zahlreiche Leitfäden und Interviewanleitungen, um die Operationalisierung der Skalen in der klinischen Praxis zu ermöglichen (Fähndrich, Stieglitz 2018). Letztendlich wird auch dort nachhaltig darauf hingewiesen, dass die psychopathologische Praxis auf einer langjährigen klinischen Erfahrung beruht, die nicht durch das bloße Abfragen von potentiellen Krankheitssymptomen im Sinne eines ‚sauberen Diagnostizierens‘ ersetzt werden kann. Letztendlich beruhen Diagnosen auf einer subjektiven Erfahrung, die immer das Risiko von Falschdiagnosen impliziert.

Fünftens ist der Grund für eine nachhaltige Wirkung von Antidepressiva selbst umstritten. Der Erfolg einer medikamentösen Behandlung wird in vielen Fällen auf die notwendige Kombination mit Gesprächs-, Licht- oder Schlafentzugstherapien zurückgeführt. Außerdem wird betont, dass Psychopharmaka nur dann nachhaltig wirksam sein können, wenn das berufliche, familiäre und soziale Umfeld der betroffenen Person entsprechend stabil und unterstützend ist. Ohne eine stabile soziale Umgebung werden einer medikamentösen Behandlung deutlich weniger Chancen zugeschrieben. In diesem Zusammenhang wird in den letzten Jahren verstärkt darüber diskutiert, wie Angehörige in den gesamten Behandlungsprozess einbezogen werden können (Lampert, Scherer 2017).

Schließlich wird seit mehr als 20 Jahren an einer Verknüpfung des Begriffs der Therapieresistenz mit einem Phasenmodell gearbeitet. In den 1990er Jahren sind die beiden Psychiater John Rush und Michael Thase mit ihren Vorschlägen zu einem entsprechenden Modell bekannt geworden, das die bis dato kursierenden Definitionen und Verfahren ergänzen und systematisieren sollte (Rush, Thase 1995; 1997a; 1997b). Die Feststellung einer therapieresistenten Depression fungiert nun als Zwischenstadium in einer Abfolge verschiedener Behandlungsmethoden, denen eine entsprechend gesteigerte Intensität und Wirksamkeit zugesprochen werden kann. Die Diagnose einer therapieresistenten Depression ist dementsprechend auch die Zugangsvoraussetzung für vermeintlich risikoreichere Therapieformen. Das betrifft heute vor allem Hirnstimulationsverfahren wie die transkranielle Magnetstimulation, die Elektrokonvulsionstherapie (auch bekannt als Elektroschocktherapie) sowie die tiefe Hirnstimulation. Darauf aufbauend hat sich mittlerweile die Unterscheidung von therapieresistenter und chronischer Depression etabliert. Eine chronische Depression gilt als mehr oder weniger unheilbare psychische Erkrankung im Sinne einer Remission der bestehenden Symptome. Sie wird in Betracht gezogen, sobald sich der Zustand einer/s Patient/in über einen Zeitraum von zwei Jahren nicht gebessert hat.

Es fällt direkt auf, dass der Begriff der Therapieresistenz an Bedingungen geknüpft ist, die die Evidenz medizinischer Einsichten übersteigen. Er dient vielmehr der Kontrolle, Steuerung und Organisation der Diagnose und Behandlung von Depressionen, insofern diese mit den bisher etablierten Methoden nicht wirksam gelindert werden können. Dementsprechend übernimmt der Begriff die Funktion einer abstrakten Handlungskoordination in einem unübersichtlichen, komplexen Feld. Im Folgenden zeige ich, wie diese Funktion besser verständlich gemacht werden kann.

Leibphänomenologie und qualitative Gesellschaftsanalyse

Bis heute stehen keine einheitlichen medizinischen Möglichkeiten zur Verfügung, Depressionen zu diagnostizieren und zu behandeln. Immer feinere Klassifikationen, Skalen, Interviewleitfäden sowie

medizinische Tests dienen einer möglichst präzisen Beschreibung einer Depression. Letztendlich bleibt jedoch das subjektive Leiden der Betroffenen ein wichtiger, wenn nicht der zentrale Faktor für die Existenz und den Schweregrad einer Depression. Darauf aufbauend lautet mein Vorschlag, das Feld der Diagnose und Behandlung von Depressionen mit einer Kombination von leibphänomenologischen Grundüberlegungen und qualitativer Gesellschaftsanalyse zu untersuchen. Diese beiden theoretischen Eckpfeiler erläutere ich nun kurz.

Eine leibphänomenologische Perspektive geht davon aus, dass das leibliche Spüren ein zentraler Faktor für die Betrachtung sozialer Zusammenhänge ist. Ich schließe hier in einigen zentralen Punkten an die leibtheoretisch fundierte Gesellschaftstheorie an, die Gesa Lindemann in den vergangenen Jahren entwickelt hat (Lindemann 2009; Lindemann 2014; Lindemann 2017). Der besondere Beitrag von Gesa Lindemann liegt darin, dass sie leibphänomenologische Überlegungen im Anschluss an Helmuth Plessner auf eine gesellschaftstheoretische Analyseebene überträgt. Sie betont die gesellschaftstheoretische Bedeutung von leiblichem Erleben und Empfinden. Dabei versucht sie zwei Reduktionismen zu entgehen, deren Vermeidung für meine weitere Argumentation ebenfalls zentral ist.

Der erste Reduktionismus besteht darin, dass soziale Strukturen als emergente Prozesse gedeutet werden, die losgelöst von leiblichen und materiellen Dimensionen betrachtet werden können und müssen. Die Emergenz des Sozialen ist hier gleichbedeutend mit der immateriellen und unkörperlichen Gestalt gesellschaftlicher Strukturen. Dem entgegnet Lindemann nun, dass jede noch so abstrakte und großräumig verbreitete soziale Struktur eine leibliche Fundierung hat. Leibliche Akteure sind und bleiben zu jeder Zeit „Operatoren von Vergesellschaftung“ (Lindemann 2014, S.262). Das heißt umgekehrt nicht, dass Lindemann nicht mehr von der Emergenz sozialer Strukturen ausgeht. Es bedeutet nur, dass diese Emergenz nicht zu einer Entkopplung von leiblichen Prozessen, sondern nur zu einer anderen Qualität von „Leib-Umwelt-Beziehungen“ führt (Lindemann 2014, S.17).

Der zweite Reduktionismus betrifft ganz grundlegend das Verständnis von Leiblichkeit. Lindemann verweist auf Helmuth Plessners Leib/Körper-Unterscheidung, um sich von einem zu stark subjektorientierten Leiblichkeitsverständnis zu distanzieren. Dabei unterzieht sie Plessners Schriften aus den 1920er Jahren einer anthropologischen und gesellschaftstheoretischen Lesart (Lindemann 1999; Lindemann 2005; Lindemann 2011; Plessner 1975; Plessner 1981). Diese Interpretationslinie grenzt sie von einer subjektorientierten Leibphänomenologie in der Tradition von Husserl, Schütz und Schmitz ab. Aus Lindemanns Sicht ist der Leib keine authentische Quelle menschlicher Subjektivität und Erfahrung, die durch symbolische Vermittlung verdeckt und verzerrt wird. Aus ihrer Sicht gibt es kein „ursprüngliches Erleben“, sondern nur verschiedene Formen der institutionell-symbolischen Vermittlung (Lindemann 2017, 64). Ihre Argumentation bewegt sich nicht auf kultursoziologischer, sondern auf sozialtheoretischer Ebene. Es geht nicht um den Entwurf einer zeitgemäßen Kulturtheorie, sondern um die Entwicklung einer soziologischen Heuristik, die für weitere methodologische und forschungspraktische Überlegungen anregt. Das Verständnis von leiblichem Erleben als institutionell-symbolisch vermitteltem Moment ist der Ausgangspunkt für eine empirisch überprüfbare soziologische Theorie.

Schon in Lindemanns Überlegungen spielen gesellschaftstheoretische Dimensionen eine wichtige Rolle. Ich ergänze ihre Ordnungstheorie nun mit Joachim Renns Überlegungen zu einer pragmatistischen Gesellschaftstheorie multipler Differenzierung (Renn 2006). Bei Renn steht die Frage im Vordergrund, wie die Integration moderner Gesellschaften im Hinblick auf ihre mehrdimensionale Differenzierung verstanden und beschrieben werden kann. Er schlägt vor, dass eine moderne Gesellschaft als komplexes Zusammenspiel zahlreicher Übersetzungsverhältnisse gedeutet werden sollte. Dementsprechend kann ein soziales Phänomen als Zusammenspiel verschiedener Übersetzungsverhältnisse gelesen werden, die zwischen verschiedenen Wissensbereichen und Wissensformen ständig hin und her vermitteln.

Das betrifft auch die Frage der Übersetzung von implizitem Praxiswissen in explizites Diskurswissen. Hier lassen sich Renns Konzepte an Lindemanns Grundüberlegungen anschließen. Im Fokus steht für mich die Frage, wie die Übersetzungsverhältnisse im Rahmen psychiatrischer und therapeutischer Kontexte funktionieren. Mit Renn und Lindemann lässt sich zunächst davon ausgehen, dass hier eine Identität der verschiedenen Ebenen und Wissensformen weder möglich noch nötig ist. Es stellt sich die Frage, wie das Zusammenspiel von Diskurs, Praxis und leiblichem Empfinden gestaltet wird.

Das Konzept der Therapieresistenz betrifft alle drei Ebenen. Es erfüllt eine Diskursfunktion, es leitet die klinische Praxis an, und es ist verknüpft mit dem leiblichen Empfinden und subjektiven Leiden der betroffenen Patient/innen. Auf allen drei Ebenen steht das Konzept der Therapieresistenz für einen Wandel des psychiatrischen Feldes in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Das Feld der psychiatrischen Diagnostik und Therapie hat sich seit ihren Anfängen zu Beginn des 19. Jahrhunderts immer wieder stark gewandelt (Castel 1979; Dörner 1975; Finzen 1998; Shorter 1998). Es zeichnet sich durch eine hohe Dynamik an der Schnittstelle zwischen Diskurs und Praxis aus. Der aufkommende Diskurs zur Möglichkeit therapieresistenter Ausprägungen von Depressionen nistet sich in diese Schnittstellen ein und provoziert eine Dynamisierung der sozialen Muster und Mechanismen, Probleme und Konflikte, die bei der diskursiven Verhandlung und praktischen Übersetzung von Diagnosen und Therapien zu beobachten sind.

Explikation, Abstraktion, Differenzierung, Inklusion: Vier Dimensionen abstrakter Handlungskoordination von Therapieresistenz

Ich möchte nun anhand von vier Stichworten näher auf die Eigenlogik des psychiatrischen Fachdiskurses eingehen, um die soziale Funktion des Konzepts der Therapieresistenz im Kontext seiner diskursiven Nutzung näher zu erläutern. Demnach klammere ich im Folgenden auch die Übersetzung zwischen Diskurs und klinischer Praxis weitestgehend aus. Eine solche Betrachtung bedürfte ethnografischer Forschung und Interviews mit den beteiligten Akteuren. Ich verfolge dabei ein bestimmtes Verständnis der *diskursiven Funktion* von Therapieresistenz. Diese ist das Thema der weiteren Abschnitte. Ein gesellschaftlicher Fachdiskurs zeichnet sich durch zwei grundlegende Merkmale aus. Erstens verfügt jeder Fachdiskurs über eine gewisse Eigenlogik jenseits der Alltagspraxis sowie anderen Diskursen. Zweitens ist jeder diskursive Wandel – wie ich schon angedeutet habe – rückgebunden an Interaktion und Praktiken des klinischen Alltags. Das betrifft einerseits Ärztin/Patientinnen-Interaktionen, die als soziales Medium von Psychopathologie und psychiatrischer Behandlung dienen. Außerdem schließt das weitere Alltagspraktiken ein, die mit den Veränderungen eines Fachdiskurses zusammenhängen oder von diesem beeinflusst werden. Ich denke hier vor allem an die Auswirkungen auf die Rolle von Angehörigen, von Pfleger/innen und von Therapeut/innen.

Das erste Stichwort ist das der *Explikation*. Der Begriff der Therapieresistenz bezeichnet unter anderem den Versuch, das implizite Wissen von Diagnose- und Behandlungssituationen in explizites Fachwissen zu übersetzen. Der letzte Prüfstein für die Gültigkeit dieses Übersetzungsprozesses ist dabei die zwischenleibliche Interaktion zwischen Arzt/in und Patient/in, die durch andere medizinische Diagnoseverfahren unterstützt, jedoch nicht ersetzt werden kann. Dennoch beinhaltet die diskursive Funktion von Therapieresistenz ein notwendiges Moment der Explikation impliziter Wissensgehalte.

Zweitens lässt sich, wie schon kurz angerissen, ein Prozess der *Abstraktion* beobachten. Die Therapieresistenz ist eine abstrakte, generalisierte Semantik, die mehrere psychiatrische Handlungsanforderungen und Handlungskonflikte zu überbrücken versucht. Einerseits stellt das Konzept der Thera-

piresistenz die Dominanz der pharmakologischen Psychiatrie und dessen Methoden in den Vordergrund. Andererseits ist mit ihr das Bemühen verknüpft, die begrenzte Wirksamkeit innerhalb der eigenen Fachdiskussion so einzubeziehen, dass andere Behandlungsmethoden zwar ebenfalls berücksichtigt werden können, jedoch nicht die Geltungshoheit der medikamentösen Behandlung in Frage stellen.

So gilt die Elektrokonvulsionstherapie beispielsweise mittlerweile als wirksamste Behandlungsmethode von schwerwiegenden Depressionen (Belz et al. 2018; Grözinger et al. 2013). Eine solche Therapie setzt jedoch die Diagnose einer Therapieresistenz voraus. Gesprächstherapien, Versuche der Stabilisierung des sozialen Umfeldes und andere Behandlungen werden als begleitende Maßnahmen hinzugezogen. Diese Zu- und Aufteilung folgt jedoch keiner evidenten medizinischen Erkenntnis, sondern muss vielmehr als Moment einer abstrakten Handlungskoordination gedeutet werden, das sich aus den Anforderungen des Fachdiskurses sowie den damit einhergehenden Interessen und Machtpositionen ergibt.

Nichtsdestotrotz folgt die Semantik der Therapieresistenz, drittens, der Eigenlogik von *funktionaler Differenzierung und Spezialisierung* eines gesellschaftlichen Bereichs. Es geht in der medizinisch-psychiatrischen Diagnostik und Behandlung auf der diskursiv vermittelten Symbolebene nicht um die Herstellung von Gruppen, Milieus oder anderen sozialen Gemeinschaften. Es geht um die sachlich differenzierte Feststellung von Krankheiten und deren Klassifikation und Beschreibung. Damit ist nicht gemeint, dass im Feld der Psychiatrie keine Gruppendynamiken zu beobachten sind und keine psychiatrische Kulturen und Interessen miteinander konkurrieren. Das lässt sich ebenfalls noch in den Blick nehmen. An dieser Stelle erhält der Hinweis auf die funktionale Differenzierung des psychiatrischen Fachdiskurses jedoch den Umstand, dass gesprächstherapeutische sowie sozial- und gemeindepsychiatrische Ansätze zwar als Ergänzung und Stütze von medizinischen Methoden in Betracht gezogen werden, jedoch nicht als zentrale therapeutische Ansätze diskutiert werden. Die nachgeordnete Bedeutung dieser Behandlungsmethoden ergibt sich aus dem Anspruch des psychiatrischen Diskurses, sich vorrangig als *medizinischer* Fachdiskurs zu präsentieren, der seine Handlungskoordination über funktional spezialisierte, sachliche Dimensionen vorantreibt. Er will Krankheiten diagnostizieren, behandeln und heilen – nicht Gruppen oder Gemeinschaften bilden.

Schließlich ist der medizinisch-psychiatrische Fachdiskurs geprägt von einem Modus der *Inklusion*. Konzepte wie therapieresistente oder chronische Depressionen sind umstritten, aber sie erfüllen im Hinblick auf eine theoretische Überlegung anhand der Dimension der Inklusion einen eindeutigen Zweck. Sobald ein sozialer Bereich auf sachliche Inklusion umgestellt wird, muss mit Abweichungen der Inklusionsnorm umgegangen werden. Da Norm hier immer noch besagt, dass nicht nur eine Linderung von Leiden, sondern eine umfassende Heilung möglich ist, braucht es einen Umgang mit Ausnahmen. Die Leistung muss aufrechterhalten werden, auch wenn sie nicht immer erbracht werden kann. Diese Lücken füllt der Begriff der Therapieresistenz. Das anhaltende Leiden von depressiven Personen wird entweder als zukünftig heilbare Erkrankung gekennzeichnet, oder sie wird als Reflexionsmedium für Erkenntnisse zur Klassifikation und Behandlung von Depressionen genutzt.

Sobald man die Therapieresistenz nicht nur als semantische Oberfläche eines psychiatrischen Fachdiskurses versteht, sondern auch als Vermittlungsinstanz zwischen Diskurs und Praxis, bedarf es eines anderen Vokabulars, um dessen soziale Funktion vollständig zu erfassen. Ich schlage vor, das Konzept der Therapieresistenz als *Form der abstrakten Handlungskoordination* zu interpretieren. Diese Beschreibung ähnelt dem, was Niklas Luhmann in seiner Systemtheorie als „symbolische Generalisierung“ bezeichnet. Luhmann sieht in symbolischen Generalisierungen die „Funktion der operativen Behandlung einer Vielheit“ (Luhmann 1984, S.135). Das Konzept der Therapieresistenz muss einen gewissen Abstraktionsgrad anbieten, weil es nicht nur auf konkrete Einzelfälle Bezug nimmt, sondern

sehr unterschiedliche operative Ereignisse – darunter verstehe ich Handlungen und leibliches Erleben – unter einen Hut zu bringen versucht. Gleichzeitig kann die Abstraktion nicht ungeachtet der klinischen Praxis einfach weiter vorangetrieben werden. Das Konzept der Therapieresistenz bleibt an die klinische Praxis immer zu einem gewissen Grad gebunden. Wenn nicht, steigt das Risiko von Entkopplungen und Konflikten zwischen Fachdiskursen und praktischer Versorgung. Dementsprechend handelt es sich trotz aller Abstraktion und Generalisierung immer noch um eine Form der ganz konkreten *Handlungskoordination*, sowohl innerhalb des Sprechens und Handelns innerhalb eines Fachdiskurses als auch innerhalb des Sprechens und Handelns in der klinischen Praxis.

Schlussbemerkung

Bis heute ist umstritten, wie mit der Hartnäckigkeit von Depressionen umgegangen werden soll. Viele unterschiedliche Deutungen und Behandlungsmethoden stehen im Widerstreit. Letztendlich findet sich jedoch kaum medizinische Evidenz für die *nachhaltige* Wirksamkeit einer bestimmten Form von Therapie. Die Therapieresistenz ist ein medizinisch-psychiatrischer Fachterminus und Kunstgriff, der in dieser Situation eine *soziale kontingente Funktion* übernimmt. Einerseits ermöglicht er den Fortbestand eines psychiatrischen Fachdiskurses mit abstrakter Handlungskoordination, wie ich ihn skizziert habe. Andererseits fungiert die Therapieresistenz als ein integrierendes Symbol, das neue Herausforderungen auffangen kann, ohne diesen Fortbestand zu gefährden. Die Inklusion ermöglicht Differenzierung bei gleichzeitiger Abweichungsverstärkung.

Zusammenfassend lassen sich noch einmal drei Funktionen der Therapieresistenz im Kontext des psychiatrischen Feldes benennen. Erstens ist der Begriff Ausdruck eines psychiatrischen Fachproblems, das gelöst werden muss, ohne dessen Fortbestand in Frage zu stellen. Zweitens ist er auch Ausdruck eines gesellschaftlichen Problems, einer lebensweltlichen Krisensituation, die durch entsprechende Evidenz und Fachbegrifflichkeit symbolisch verarbeitet werden soll. Drittens ermöglicht die Therapieresistenz die stufenorientierte Anordnung von Therapieformen sowie eine legitime Selektion der entsprechenden Personen. In allen drei Fällen folgt die Therapieresistenz den sozialen Ansprüchen und Funktionen der psychiatrischen Diskurse und klinischen Praxis. Sie eröffnet neuen symbolischen Spielraum, um die soziale Bedeutung der modernen Psychiatrie durch neue Übersetzungsverhältnisse zu gewährleisten. Die medizinisch-psychiatrische Evidenz von Diagnosen und Behandlungen ist nur ein untergeordneter Baustein dieses sozialen Zusammenhangs.

Literatur

- Belz, M., M. Besse, L. Krech, I. Methfessel und D. Zilles. 2018. Wirksamkeit und Verträglichkeit der Elektrokonvulsionstherapie: Einfluss des klinischen Ansprechens aus Patientensicht. *Der Nervenarzt* 11:1271–1276.
- Castel, Robert. 1979. *Die psychiatrische Ordnung: das goldene Zeitalter des Irrenwesens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dörner, Klaus. 1975. *Bürger und Irre: zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Fähndrich, Erdmann und Rolf-Dieter Stieglitz. 2018. *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes: halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems*. Göttingen: Hogrefe.

- Finzen, Asmus. 1998. *Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Freyhan, Fritz A. 1974. Contributions to the Definition of Therapy-Resistance and of the Therapy-Resistant Depressions. *Pharmakopsychiatry* 2:70–75.
- Küchenhoff, Joachim. 2017. *Depression*. Bonn: Psychosozial-Verlag.
- Lampert, Thomas und Edith Scherer. 2017. *Angehörige in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Lindemann, Gesa. 1999. Doppelte Kontingenz und reflexive Anthropologie. *Zeitschrift für Soziologie* 3:165–181.
- Lindemann, Gesa. 2005. Der methodologische Ansatz der reflexiven Anthropologie Helmuth Plessners. In *Der methodologische Ansatz der reflexiven Anthropologie Helmuth Plessners*, Hrsg. Gerhard Gamm, Mathias Gutmann und Alexandra Manzei, 83–98. Bielefeld: transcript.
- Lindemann, Gesa. 2009. *Das Soziale von seinen Grenzen her denken*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Lindemann, Gesa. 2011. Der menschliche Leib von der Mitwelt her gedacht. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 4:591–603.
- Lindemann, Gesa. 2014. *Weltzugänge: die mehrdimensionale Ordnung des Sozialen*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Lindemann, Gesa. 2017. Leiblichkeit und Körper. In *Leiblichkeit und Körper*, Hrsg. Robert Gugutzer, Gabriele Klein und Michael Meuser, 57–66. Wiesbaden: Springer VS.
- Luhmann, Niklas. 1984. *Soziale Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Messer, Thomas und Max Schmauß. 2009. Therapieresistenz in der Behandlung unipolarer Depressionen. In *Therapieresistenz in der Behandlung unipolarer Depressionen*, Hrsg. Thomas Messer und Max Schmauß, 1–40. München: Urban & Fischer.
- Nickel, Thomas. 2003. Ausweg aus dem Dilemma? Tagklinik bei therapieresistenter Depression. *NeuroTransmitter* 4:68–72.
- Plessner, Helmuth. 1975. *Die Stufen des Organischen und der Mensch: Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Berlin: de Gruyter.
- Plessner, Helmuth. 1981. Macht und menschliche Natur. Ein Versuch zur Anthropologie der geschichtlichen Weltansicht. In *Macht und menschliche Natur. Ein Versuch zur Anthropologie der geschichtlichen Weltansicht*, Hrsg. Helmuth Plessner, 135–234. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Renn, Joachim. 2006. *Übersetzungsverhältnisse: Perspektiven einer pragmatistischen Gesellschaftstheorie*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Ruhé, Henricus G., Geeske van Rooijen, Jan Spijker, Frenk P. M. L. Peeters und Aart H. Schene. 2012. Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 1:35–45.
- Rush, Augustus John und Michael Edward Thase. 1995. Treatment-resistant Depression. In *Treatment-resistant Depression*, Hrsg. F.E. Bloom und D.J. Kupfer, 1081–1097. New York: Raven Press Ltd.
- Rush, Augustus John und Michael Edward Thase. 1997a. Strategies and tactics in the treatment of chronic depression. *The Journal of Clinical Psychiatry* 14–22.
- Rush, Augustus John und Michael Edward Thase. 1997b. When at first you don't succeed: Sequential strategies for antidepressant nonresponders. *Journal of Clinical Psychiatry* 23–29.
- Shorter, Edward. 1998. *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. Hoboken: Wiley.
- Souery, D., J. Amsterdam, C. de Montigny, Y. Lecrubier, S. Montgomery, O. Lipp, G. Racagni, J. Zohar und J. Mendlewicz. 1999. Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria. *European Neuropsychopharmacology* 1:83–91.
- Trevino, Kenneth, Shawn M. McClintock, Noelle McDonald Fischer, Ankita Vora und Mustafa M. Husain. 2014. Defining treatment-resistant depression: A comprehensive review of literature. *Annals of Clinical Psychiatry* 3:222–232.